**AVVISO PER LA CREAZIONE DI UN ELENCO DI SOGGETTI DISPONIBILI, IN FORMA INDIVIDUALE O ASSOCIATA, A PRESTARE GRATUITAMENTE PRESTAZIONI PROFESSIONALI PER L’ATTUAZIONE DEL PIANO DI SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI ANTI-SARS-COV-2 O ALTRE ATTIVITA’ DI SUPPORTO ALLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE DELLA REGIONE PIEMONTE NEL PERIODO DI EMERGENZA COVID.**

L’attuale fase di emergenza rende necessario richiedere il contributo del volontariato, sia in forma singola sia associata, mediante la messa a disposizione delle aziende sanitarie piemontesi di personale, anche in quiescenza, da impiegare nell’attività vaccinale ed in altre attività di supporto dalle stesse espressamente individuate ( effettuazione tamponi rapidi, consegna farmaci ecc.);

**Requisiti di ordine generale**: - Le prestazioni saranno rese, in forma singola o associata, da cittadini italiani nel pieno godimento dei diritti civili e politici. Potranno presentare la propria candidatura anche i cittadini di Paesi dell’Unione europea e cittadini di Paesi non appartenenti all’Unione europea, purché in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità che godano dei diritti civili e politici nel proprio Stato di appartenenza.

**Requisiti specifici:**

Requisiti di ordine professionale per i medici:

a) laurea in medicina e chirurgia; b) abilitazione all’esercizio della professione; c) iscrizione al competente ordine professionale.

Requisiti di ordine professionale per gli infermieri:

a) laurea in Infermieristica, ovvero diploma universitario conseguito ai sensi dell’art. 6, comma 3, del D.lgs. n. 502/1992, ovvero diplomi e/o attestati conseguiti in base al precedente ordinamento riconosciuti equipollenti, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario conseguito ai fini dell’esercizio dell’attività professionale e dell’accesso ai pubblici concorsi; b) iscrizione al competente ordine professionale.

Requisiti di ordine professionale per gli assistenti sanitari:

a) laurea in Assistenza Sanitaria, ovvero Diploma Universitario di Assistente Sanitario conseguito ai sensi del D.M. n. 69 del 17.01.1997 ovvero diplomi e/o attestati conseguiti in base al precedente ordinamento riconosciuti equipollenti, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario conseguito ai fini dell’esercizio dell’attività professionale e dell’accesso ai pubblici concorsi; b) iscrizione al competente ordine professionale.

Requisiti per il personale di supporto:

Il personale di supporto (amministrativo, socio-sanitario, tecnico) dovrà avere le competenze ed i requisiti necessari per lo svolgimento della mansione affidata (conoscenza informatica di base, patente di guida ecc.)

Il personale che presta attività di volontariato in forma associata dovrà possedere i medesimi requisiti. L'Associazione dovrà essere iscritta al Registro unico del terzo settore o aver presentato l’istanza di iscrizione.

Ai sensi dell’art. 17, 3° comma del D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117, può essere riconosciuto al volontario, in forma singola o associata, il rimborso di spese documentate e preconcordate.

Ai sensi dell'art 18 del medesimo decreto, è prevista un’assicurazione obbligatoria a favore del volontario contro malattie, infortuni e responsabilità civile verso terzi, con oneri a carico dell’amministrazione che stipula la convenzione

Rimane a carico del volontario la copertura assicurativa per colpa grave.

I volontari impiegati verranno adeguatamente formati dall’Azienda utilizzatrice per le specifiche attività previste e saranno sottoposti, qualora lo richiedano, a somministrazione di vaccino anti SARS-COV-

Le prestazioni saranno definite mediante accordo con la singola azienda utilizzatrice e potranno riguardare la messa a disposizione sia di personale, sia di mezzi (locali, veicoli ecc.).

**Definizione dell'elenco**

Gli interessati potranno richiedere l'iscrizione all'elenco compilando l’allegato modello di domanda.

Le aziende sanitarie utilizzatrici effettueranno i controlli in merito al possesso dei requisiti previsti dall'avviso in relazione alle prestazioni richieste.

Il presente avviso non ha scadenza e rimane aperto per tutto il perdurare dell’emergenza.

Il trattamento dei dati personali è disciplinato dal D.lgs. 19 settembre 2018 n. 101 e dal Regolamento UE 2016/679; i dati personali saranno raccolti presso la struttura competente dell'azienda sanitaria utilizzatrice per l’eventuale svolgimento dell’attività e per le finalità inerenti la gestione della medesima.

**DOMANDA PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DI SOGGETTI DISPONIBILI, IN FORMA INDIVIDUALE O ASSOCIATA, A PRESTARE GRATUITAMENTE PRESTAZIONI PROFESSIONALI PER L’ATTUAZIONE DEL PIANO DI SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI ANTI-SARS-COV-2 O ALTRE ATTIVITA’ DI SUPPORTO ALLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE DELLA REGIONE PIEMONTE NEL PERIODO DI EMERGENZA COVID.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o il Rappresentante dell'Associazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere iscritto nell’elenco di personale volontario disponibile a:

* integrare l’organico dei punti vaccinali aziendali;
* prestare la seguente attività di supporto.

PROFESSIONE DI APPARTENENZA DEL PERSONALE VOLONTARIO:

 MEDICO (n. )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 INFERMIERE (n. ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ASSISTENTE SANITARIO (n. ) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ALTRO PERSONALE (specificare:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

EVENTUALI BENI MESSI A DISPOSIZIONE (LOCALI, VEICOLI ECC.)

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., il volontario o il rappresentante dell'Associazione dichiara sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dalle vigenti disposizioni in caso di dichiarazioni non veritiere:

. di essere in possesso (o che i volontari associati sono in possesso), dei requisiti prescritti dall’avviso e precisamente:

a) titolo di studio:

conseguito presso nell’anno

b)iscrizione all’Ordine Professionale/albo Professionale: Provincia di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

c) requisiti diversi:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le aziende sanitarie utilizzatrici effettueranno i controlli in merito al possesso dei requisiti previsti dall'avviso in relazione alle prestazioni richieste.

**Riferimenti del volontario o dell'Associazione**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***“ MANDA IL PRESENTE MODULO ALL’AZIENDA SANITARIA DI TUO RIFERIMENTO”***

**ELENCO INDIRIZZI MAIL DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI**

|  |  |
| --- | --- |
| **ASL AL** | [**direzione@aslal.it**](mailto:direzione@aslal.it) |
| **ASL AT** | [**reclutamento@asl.at.it**](mailto:reclutamento@asl.at.it) |
| **ASL BI** | [**simona.trinchero@aslbi.piemonte.it**](mailto:simona.trinchero@aslbi.piemonte.it) |
| **ASL CN1** | [**protocollo@aslcn1.legalmailPA.it**](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it) |
| **ASL CN2** | [**sdacasto@aslcn2.it**](mailto:sdacasto@aslcn2.it) |
| **ASL NO** | [**protocollogenerale@pec.asl.novara.it**](mailto:protocollogenerale@pec.asl.novara.it) |
| **ASL TO3** | [**personale.vaccinazioni@aslto3.piemonte.it**](mailto:personale.vaccinazioni@aslto3.piemonte.it) |
| **ASL TO4** | [**direzione.generale@aslto4.piemonte.it**](mailto:direzione.generale@aslto4.piemonte.it) |
| **ASL TO5** | [**fama.monica@aslto5.piemonte.it**](mailto:fama.monica@aslto5.piemonte.it) |
| **ASL VCO** | **protocollo@pec.aslvco.it** |
| **ASL VC** | **segreteria.covid@aslvc.piemonte.it** |
| **ASL CITTA’ DI TORINO** | **volontari@cittaditorino.it** |